

# InterCommunity Health Network CCO

**Informe de referencia**  
Junio 2015

WEDDLE BRIDGE  
AMES CREEK  
SWEET HOME ORE  
RESTORATION 1950

LINCOLN

BENTON

LINN

**Más fuerte, más sano, juntos.**

## Informe de estándar de comparación sobre el plan de transformación Organización de Atención Coordinada para la Red de Salud Intercomunitaria (IHN)

### Área de transformación 1: Integración de la atención

Estándar de comparación 1	<p><b>Proyecto piloto de transición de la atención del hospital al hogar (H2H)</b>            Evaluar las necesidades de los afiliados de recibir servicios relacionados con la salud mental y la dependencia de sustancias químicas, con hincapié en los servicios para afiliados con enfermedades mentales graves y persistentes, y las necesidades relativas a la salud física después del alta.</p> <p>Los informes acreditan que H2H y los tratamientos de salud mental y por alcohol y drogas, en conjunto, brindan una terapia más integral y reducen los índices de reingreso hospitalario por el mismo diagnóstico en un período de 30 días.</p>
Cómo se medirá el estándar de comparación (punto de referencia a partir del 1 de julio de 2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de afiliados evaluados.</li> <li>• Coordinación de la atención en servicios adicionales por medio del condado de Linn.</li> <li>• Elaboración y comunicación de informes de datos de reingreso hospitalario.</li> </ul>
Logros importantes que se deben alcanzar a partir del 1 de julio de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contratista garantiza que las políticas, los procedimientos, los sistemas de datos y la coordinación estén implementados para todos los aspectos del Proyecto piloto de transición de la atención del hospital al hogar (H2H).</li> <li>• El contratista garantiza que el 40 % de los afiliados que reúnan los requisitos participen en el Proyecto piloto de transición de la atención H2H; de esos afiliados, el 75 % no volverá a ser internado por el mismo diagnóstico durante un período de 30 días.</li> </ul>
Estándar de comparación que se debe alcanzar al 1 de julio de 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contratista logra un aumento del 8 % respecto del punto de referencia en la participación de los afiliados en el Proyecto piloto de transición de la atención H2H. El punto de referencia y el método de cálculo será determinado y aceptado de mutuo acuerdo entre el contratista y la Autoridad de Salud de Oregon (OHA).</li> <li>• El contratista logra una reducción del 10 % respecto del punto de referencia en</li> </ul>

	los índices de reingreso por el mismo diagnóstico durante un período de 30 días de los afiliados participantes del Proyecto piloto de transición de la atención H2H. El punto de referencia y el método de cálculo será determinado y aceptado de mutuo acuerdo entre el contratista y OHA.
--	---

**1. a) Describa las medidas tomadas en el pasado o actuales para alcanzar los logros importantes o los estándares de comparación en esta área de transformación. Para cada actividad, describa el resultado y todas las mejoras asociadas del proceso.**

<b>Actividad</b> <i>(medida tomada en el pasado o actual para alcanzar logros importantes o estándares de comparación)</i>		<b>Resultados a la fecha</b>	<b>Mejoras de procesos</b>
<b>1.</b>	Se celebró un contrato entre el Oregon Cascades West Council of Governments (OCWCOG) H2H y el condado de Linn para la prestación de servicios de evaluación y tratamiento en salud mental y alcohol y drogas para el Proyecto de Transición de la Atención en el condado de Linn. Involucró el desarrollo de un proceso de derivación entre ambas agencias.  Este contrato fue el punto de referencia para la derivación de los consumidores de H2H al personal de Salud Mental y Adicciones en los condados de Benton y Lincoln.	El contrato estuvo en vigencia durante un año y terminó el 30 de junio de 2014. El personal de H2H sigue realizando derivaciones a los tres departamentos del condado cuando corresponde.	Un control regular con el personal de las agencias de los tres condados y del H2H sería beneficioso para garantizar que haya un “circuito cerrado” en la comprobación del servicio
<b>2.</b>	Se desarrolló un pequeño proyecto piloto con el fin de atender a los consumidores del condado de Lincoln en riesgo de reingreso hospitalario.	Se recibieron un total de 12 derivaciones del condado de Lincoln de septiembre de 2014 a junio de 2015.	El proyecto piloto que cuenta con la agencia ADEO In-Home Care para servicios permanentes en el condado de Lincoln continuará cobrando una tarifa por el servicio hasta junio de 2016.
<b>3.</b>	Trabajo continuo para aumentar las derivaciones totales de todos los hospitales en el área de los tres condados	Las derivaciones desde todos los hospitales se encuentran en aumento pero el crecimiento es lento.	Barreras potenciales eliminadas para hacer que el proceso de derivación sea lo más sencillo posible para el personal del hospital. Criterio de derivación más amplio para “ampliar las redes” de

			personas que puedan utilizar el programa. Acceso obtenido al sistema de Registro Médico Electrónico EPIC (EHR) y se trabaja conjuntamente con el personal de GSRMC para actualizar el anticuado sistema de derivación por fax.
4.	Se estableció un compromiso para una coordinación continua entre el Samaritan Albany General Hospital (SAGH), Samaritan Lebanon Community Hospital (SLCH), Good Samaritan Regional Medical Center (GSRMC) y el personal de H2H.	Nos seguimos reuniendo cada tres meses para verificar los procesos y las cuestiones de triaje	Las reuniones de control ocasionales son buenas para asegurar que todos los equipos sean conscientes del compromiso de brindar derivación continua.

**1. b) Señale con un “sí” o “no” si se cumplieron los estándares de comparación en cada caso.**

Sí, se cumplieron los estándares de comparación identificados. Actualmente, el 18 % de los participantes del programa H2H están afiliados a la IHN-CCO. Esto implica un aumento significativo sobre el porcentaje de afiliados a la IHN-CCO que participaron en H2H al momento del inicio del proyecto piloto, el cual se encontraba cerca del 8 %. Además, los afiliados que participan en el programa continúan mostrando tasas de reingreso hospitalario más bajas (un promedio de 13 % en los condados) que los afiliados que no participan en los programas de orientación sobre transición de la atención.

La cantidad de derivaciones al H2H desde los hospitales, lo que ha resultado ser un desafío permanente, está aumentando lentamente y los números previstos para el 2015 superarán a aquellos del 2014 en un 10 %.

**1. c) Describa las barreras que dificultan alcanzar sus logros importantes o estándares de comparación en esta área de transformación.**

El número de derivaciones realizadas a H2H por personal del hospital es un problema continuo y, a pesar del crecimiento, este año, aún seguimos considerando maneras en las que podamos aumentar el número de derivaciones. La mayor cantidad de derivaciones al programa provinieron de SAGH en 2014 y principios de 2015. En 2014, dicho hospital atendió casi la mitad del total de 233 derivaciones realizadas al programa.

Tradicionalmente, los consumidores del H2H reciben la visita de un guía H2H dentro de las 24 horas de dada el alta del hospital. Debido a esto, muchos consumidores H2H que se encuentran extremadamente enfermos durante dicha visita dudan de si quieren recibir trabajadores en sus casas. El diagnóstico primario de admisión al hospital es la prioridad y el foco de la visita doméstica y el motivo que dirige la conversación.

Discutir otras cuestiones como preocupaciones continuas sobre la salud mental o adicciones se ubica en la lista de triaje; algunas veces esto significa que no son abordadas durante la primera reunión, sino que se hará en una llamada telefónica de seguimiento.

**1 d.) Describa las estrategias que haya desarrollado para superar estas barreras e identifique de qué manera ha trabajado con la Autoridad de Salud de Oregon (OHA), incluso cuando lo haya hecho por medio de su Agente Innovador o la organización colaborativa de capacitación, para desarrollar estas estrategias alternativas.**

Seguimos con la difusión y marketing a los hospitales de nuestra área y nos reunimos una vez por trimestre con el personal del hospital con el fin de hablar acerca del programa y las cuestiones de triaje. Hemos eliminado las barreras de las derivaciones, las cuales solían ser un proceso complicado.

Hemos desarrollado un protocolo para intentar abordar las cuestiones de salud mental y abuso de sustancias más adelante en nuestro trabajo con el consumidor, luego de abordar las cuestiones de salud más inmediatas y urgentes y de que los consumidores se encuentren más estables. Esto se logra a partir de una llamada de seguimiento. Aún vemos que las personas son reacias a compartir información privada y se resisten a ser derivadas al condado para una evaluación o seguimiento.

**1. e) ¿Qué participación tuvo el Consejo Asesor Comunitario en las actividades de esta área de transformación?**

Los miembros del Comité Asesor Comunitario (CAC) representan a las agencias que participan del servicio a los consumidores del proyecto piloto H2H incluyendo Servicios para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades, IHN-CCO, Médicos y la oficina de Salud Mental y Adicciones del condado. Ellos proporcionaron información y colaboraron de manera continua durante el proyecto. Además, hay miembros del CAC en el Comité Directivo de Transformación del Sistema de Prestación (DST) los cuales recibieron informes regulares de parte del personal de H2H sobre los progresos del programa.

**1 f.) ¿Cómo se informó al CAC acerca de los resultados de las actividades en esta área de transformación?**

El personal de H2H informa regularmente al DST acerca del progreso obtenido. Muchos de esos miembros del DST se encuentran en el CAC y comparten esta información. Además, los miembros del Consejo Asesor de Servicios para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades que son parte del CAC han proporcionado información sobre el programa H2H a través del proceso.

**Área de transformación 2: Centro de Atención Primaria Centrada en el Paciente (PCPCH)**

Estándar de comparación 2.1	<b>Proyecto piloto de asignación y participación de pacientes - Fase 1</b> Utilizar paneles de afiliados de los lugares donde se realice el proyecto piloto
-----------------------------	--

	como grupo focal para evaluar la utilización del Departamento de Emergencias (ED) e identificar oportunidades de mejorar la utilización del ED de manera apropiada.
Cómo se medirá el estándar de comparación (punto de referencia a partir del 1 de julio de 2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por medio de análisis de datos de reclamos, se demostró una reducción en la utilización inapropiada del ED.</li> </ul>
Logro importante que se debe alcanzar a partir del 1 de julio de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contratista elabora informes con datos que identifican a los afiliados que han utilizado el ED más de seis veces en el año anterior o por causas que no constituían una urgencia.</li> </ul>
Estándar de comparación que se debe alcanzar al 1 de julio de 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contratista se asegura de que se redirija a los afiliados al PCPCH; el contratista logra reducir el uso de la sala de emergencias por parte de este grupo de afiliados en un factor de medición del 20 %</li> </ul>

**2. a) Describa las medidas tomadas en el pasado o actuales para alcanzar los logros importantes y/o los estándares de comparación en esta área de transformación. Para cada actividad, describa el resultado y todas las mejoras asociadas del proceso.**

	Medida tomada en el pasado o actual para alcanzar los logros importantes o estándares de comparación	Resultados a la fecha	Mejoras de procesos
1.	<p>Se creó un portal en línea el cual es accesible para el personal de la clínica.</p> <p>Infraestructura técnica y de datos: Se implementó infraestructura para el almacenamiento, clasificación y análisis de los datos de asignación de Proveedores de Atención Primaria (PCP), con un enfoque definido para tratar discrepancias.</p> <p>Se definió un proceso para la práctica y notificación del afiliado sobre modificaciones de PCP.</p> <p>Mayor comprensión del proveedor/práctica acerca del</p>	<p>El Comité Directivo de Transformación del Sistema de Prestación ha cerrado este componente del proyecto piloto.</p> <p>La IHN-CCO se encuentra en proceso de determinar una estrategia a largo plazo para implementar la funcionalidad actualmente disponible sólo por medio del portal.</p>	<p>En general, la funcionalidad es buena. Han habido mejoras continuas en los tipos de datos disponibles a través del portal.</p> <p>Hubo mejoras en cuanto a la correspondencia entre la lista de pacientes de la clínica en los paneles de sus PCP y la lista de asignaciones de PCP de la IHN-CCO.</p> <p>Se decidió abrir el portal a una cantidad limitada de sitios adicionales.</p> <p>Esta tarea ha sido internalizada operativamente dentro de la IHN-CCO.</p>

	<p>proceso de asignación.</p> <p>Se produjo un debate respecto a si están dadas las condiciones para abrir el portal a los sitios de otros PCP.</p>		
2.	<p>Participación de los afiliados: Se definieron las estrategias para la difusión y participación, con responsabilidades de la IHN-CCO y consultorios definidos.</p>	<p>Proceso deseado esquematizado para su asignación; estrategias clave identificadas para su mejora, y resultados y métricas deseados.</p>	<p>Se establecieron y pusieron en práctica criterios de asignación inicial en caso de que los afiliados de la IHN-CCO <b>no</b> seleccionen un PCP.</p> <p>Los criterios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si un afiliado tuvo Plan de Salud de Oregon en algún momento durante el transcurso de los últimos tres años, será reasignado a su PCP anterior.</li> <li>• Asignar al afiliado al PCP abierto más cercano a su zona de residencia.</li> </ul>
3.	<p>Participación de los afiliados: Se identificó una lista de condiciones de alto riesgo utilizando datos de evaluación de salud junto con información proporcionada por el CAC y el comité de Control de Calidad.</p> <p>La difusión activa se produjo para grupos de riesgo identificados. Un grupo de trabajo de coordinadores de atención de enfermeros registrados desarrolló el proceso de participación. La consulta inicial de participación tiene como fin obtener un historial médico, una breve evaluación y estudio de riesgo y una presentación del centro médico, incluida una recomendación de llamar primero al PCP si la situación no es de emergencia.</p> <p>Se llevó a cabo una prueba inicial de la estrategia a lo largo de un período de ocho semanas a principios de</p>	<p>Se estableció y probó una estrategia de participación para afiliados recién asignados de la IHN-CCO.</p>	<p>En enero de 2015 se puso en práctica un proyecto piloto de Metodología de Pago Alternativas (APM). Se llevó a cabo la transición de este trabajo hacia las clínicas piloto APM. Los proyectos piloto APM están actualmente utilizando el diagnóstico elegible de la Ley de Atención Asequible para determinar el nivel de riesgo.</p>

	<p>2014. A continuación, se incluyen resultados anecdóticos de una semana de prueba.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De una lista de 142 nombres: el 50 % no tenía un número de teléfono disponible por medio del portal en línea y por ello no se pudo llamar al afiliado, y el 10 % ya estaba inscripto y era visible en el sitio del proyecto piloto.</li> <li>• De los 35 pacientes llamados: más del 50 % no tenía interés en programar una consulta o le resultó confusa la sugerencia, el 15 % declaró que tenía otro PCP y 2 pacientes programaron la consulta, que terminó realizándose.</li> <li>• Los 2 pacientes que recibieron una visita esa semana junto con el personal sintieron que esa visita resultó útil y que estuvo “centrada en el paciente”.</li> </ul> <p>Uno de los sitios del proyecto piloto hizo una prueba de visita grupal para nuevos afiliados al Plan de Salud de Oregon (OHP). Se enviaron invitaciones a los afiliados asignados pero aún no han sido vistos por la clínica. Se realizó la inscripción, se obtuvo un historial médico y se efectuó una breve evaluación de riesgo. Se programaron tres visitas de participación grupal de entre 3 y 9 participantes por sesión.</p>		
4.	<p>Utilización del Departamento de Emergencia (ED): Reducir la utilización del ED para diagnósticos no urgentes.</p> <p>Recopilación inicial de datos para identificar a los afiliados que hayan utilizado el Departamento de Emergencias más de seis veces durante el año anterior por situaciones que no constituían emergencias.</p>	<p>Esta información fue difícil de recuperar de la IHN-CCO (fines de 2013). El análisis preliminar de los datos sugirió que un alto porcentaje de aquellos que acudieron al ED con frecuencia presentaban comorbilidad, problemas</p>	



		de salud mental, adicciones y afecciones de salud crónicas.	
5.	Se realizó una reunión con personal del ED y el comité directivo del proyecto piloto para analizar las posibles estrategias que permitan reducir al mínimo el uso del ED por cuestiones que no sean urgentes.	Samaritan Health Services está participando en el proyecto EDIE que ayudará parcialmente a identificar a los usuarios frecuentes del ED.	Se incluirán estrategias para la comunicación con afiliados a la IHN-CCO ya existentes en relación con la utilización del ED dentro de los sitios del proyecto piloto APM. Se desarrollarán estrategias que sean a la vez proactivas (es decir, comunicar a los afiliados cuándo usar el ED) y reactivas (es decir, seguimiento el día posterior por parte del PCP cuando se sepa que un paciente usó el ED).

**2. b) Señale con un “sí” o “no” si se cumplieron los estándares de comparación en cada caso.**

Aunque no se pudieron medir los resultados al momento del informe, se hicieron grandes avances en nuevas estrategias de participación para la identificación, la asignación y la educación de los afiliados.

**2. c) Describa las barreras que dificultan alcanzar sus logros importantes o estándares de comparación en esta área de transformación.**

Aunque el proyecto piloto no era necesario para completar el trabajo que había iniciado, fue fundamental para poner en marcha los esfuerzos al unir a las personas de tres sistemas clínicos diferentes para identificar resultados deseados, asistir en el desarrollo, y probar el portal y las estrategias de participación. Los principios identificados para el proceso de asignación fueron cruciales para lograr un progreso en múltiples áreas de transformación.

El proyecto estuvo paralizado durante un tiempo debido a la pérdida de un Jefe de Proyecto que había sido asignado al comienzo del piloto. Este era un puesto decisivo para coordinar el debate, trabajo y seguimiento dado en numerosas entidades. A pesar de que el portal había establecido su valor para la gestión de asignación de PCP y estaba siendo implementado dentro de la IHN-CCO, sin el Jefe de Proyecto en el lugar se corría el riesgo de perder la ‘memoria’ histórica de los debates, intenciones e ideas. Afortunadamente esto no ocurrió; sin embargo, a modo de consideración para futuros proyectos pilotos, se debe identificar la necesidad de un Jefe de Proyecto en proyectos que involucren múltiples entidades. Otra área a considerar para las actividades de proyectos piloto es cómo obtener la participación y el compromiso de la dirección administrativa/de sistemas con el fin de garantizar que los proyectos pilotos exitosos a menor escala puedan expandirse para alcanzar un mayor impacto en el sistema.

**2 d.) Describa las estrategias que ha desarrollado para superar estas barreras. Identifique de qué manera ha trabajado con la OHA, incluso cuando lo haya hecho por medio de su Agente Innovador o la organización colaborativa de capacitación, para desarrollar estas estrategias alternativas.**

A la fecha, no se han identificado barreras que hayan requerido intervención a nivel estatal.

**2. e) ¿Qué participación tuvo el Consejo Asesor Comunitario en las actividades de esta área de transformación?**

El presidente del CAC y el coordinador del CAC reciben actualizaciones durante la reunión del Comité Directivo de Transformación del Sistema de Prestación (DST), a la que ambos asisten.

**2. f) ¿Cómo se informó al CAC acerca de los resultados de las actividades en esta área de transformación?**

El presidente del CAC y el coordinador del CAC reciben actualizaciones durante la reunión del DST a la que ambos asisten.

Estándar de comparación 2.2	<b>Integración del proyecto piloto de salud mental, adicciones y atención primaria, Fase 1</b> Mejorar el acceso a los servicios de salud mental y del comportamiento
Cómo se medirá el estándar de comparación (punto de referencia a partir del 1 de julio de 2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>El contratista medirá el tiempo transcurrido desde la identificación de la necesidad del afiliado de recibir servicios de salud mental o del comportamiento hasta el momento en que se reciba al afiliado para una consulta.</li> </ul>
Logro importante que se debe alcanzar a partir del 1 de julio de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>El contratista establece un punto de referencia desde el momento en que se identifica al afiliado con una necesidad de recibir servicios de salud mental o del comportamiento o con una enfermedad mental grave o persistente hasta el momento de la implementación real de los servicios.</li> <li>El contratista desarrolla un mecanismo para registrar e informar mensualmente acerca del avance del proyecto piloto.</li> </ul>
Estándar de comparación que se debe alcanzar al 1 de julio de 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>El contratista logra una mejora en los plazos de tiempo para acceder a los servicios durante el transcurso del proyecto piloto para afiliados con enfermedades mentales graves o persistentes.</li> </ul>

**2. a) Describa las medidas tomadas en el pasado o actuales para alcanzar los logros importantes y/o los estándares de comparación en esta área de transformación. Para cada actividad, describa el resultado y todas las mejoras asociadas del proceso.**

Medida tomada en el pasado o actual para alcanzar los logros importantes o estándares de comparación		Resultados a la fecha	Mejoras de procesos
1.	Se ha celebrado un nuevo contrato piloto y el trabajo se encuentra actualmente en curso.	Las Clínicas de Atención Primaria de Samaritan Lincoln City han accedido a participar en este proyecto piloto.	

**2. b) Señale con un “sí” o “no” si se cumplieron los estándares de comparación en cada caso.**

No

**2. c) Describa las barreras que dificultan alcanzar sus logros importantes o estándares de comparación en esta área de transformación.**

El proyecto piloto original fue puesto en espera debido a que el patrocinador del proyecto piloto había abandonado la organización.

**2 d.) Describa las estrategias que ha desarrollado para superar estas barreras. Identifique de qué manera ha trabajado con la OHA, incluso cuando lo haya hecho por medio de su Agente Innovador o la organización colaborativa de capacitación, para desarrollar estas estrategias alternativas.**

Llevó un poco de tiempo, pero se desarrolló un nuevo proyecto piloto que aborda esta área de transformación. Este nuevo proyecto piloto cuenta con dos clínicas que ya han accedido a participar, y el trabajo se encuentra en proceso a partir de junio de 2015.

**2. e) ¿Qué participación tuvo el Consejo Asesor Comunitario en las actividades de esta área de transformación?**

El presidente del Consejo Asesor Comunitario (CAC) y el coordinador del CAC reciben actualizaciones durante la reunión del Comité Directivo de Transformación del Sistema de Prestación (DST), a la que ambos asisten.

**2. f) ¿Cómo se informó al CAC acerca de los resultados de las actividades en esta área de transformación?**

El presidente del CAC y el coordinador del CAC reciben actualizaciones durante la reunión del DST a la que ambos asisten.

**Área de transformación 3: Metodologías de pago alternativas**

Estándar de comparación 3	Desarrollar un modelo de reembolso basado en el desempeño que pague a los Proveedores Participantes de Samaritan Health Services (SHS) un premio en dinero por alcanzar o superar los estándares de comparación identificados, y un modelo que reembolse a los Proveedores Participantes especialistas de SHS mediante pagos combinados por tipos específicos de servicios prestados.
Cómo se medirá el estándar de comparación (punto de referencia a partir del 1 de julio de 2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para establecer un punto de referencia, el contratista utilizará estándares de comparación conocidos y medidos del Conjunto de Datos e Información sobre Planes de Salud de Empleadores (HEDIS).</li> <li>• El contratista analizará los datos de las reclamaciones antes y después de la implementación de los pagos combinados.</li> </ul>
Logro importante que se debe alcanzar a partir del 1 de julio de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contratista implementa un software de pagos combinados y comienza a realizar los pagos a un conjunto pequeño de proveedores participantes especialistas de SHS.</li> </ul>
Estándar de comparación que se debe alcanzar al 1 de julio de 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contratista compara los datos de utilización sobre servicios relacionados provenientes de los proveedores participantes no incluidos en el modelo con aquellos que están siendo combinados.</li> <li>• El contratista comienza a trabajar en contratos de proveedores participantes que no pertenezcan a SHS para implementar reembolsos basados en el desempeño.</li> </ul>

**3. a) Describa las medidas tomadas en el pasado o las actuales para alcanzar los logros importantes o los estándares de comparación en esta área de transformación. Para cada actividad, describa el resultado y todas las mejoras asociadas del proceso.**

Medida tomada en el pasado o actual para alcanzar los logros importantes o estándares de comparación	Resultados a la fecha	Mejoras de procesos
--	-----------------------	---------------------

1.	<p>El Subcomité APM supervisa todos los meses las tres clínicas capitadas, y continúa promocionando el modelo basado en capitación a través de la comunidad del Centro de Atención Primaria Centrada en el Paciente (PCPCH). Tenemos numerosos informes que estamos compartiendo unos con otros, incluyendo la transparencia total en cuanto a los datos financieros. Estamos debatiendo acerca de las herramientas y realizando cambios estructurales al modelo de prestación necesarios para dirigirnos hacia un acuerdo de riesgo compartido. El modelo incluye métricas financieras, de utilización, de acceso y de desempeño de las clínicas, que se controlarán para determinar el éxito.</p>	<p>Un amplio proyecto de la IHN-CCO se encuentra vigente en torno a la conciliación de la asignación de pacientes. Las tres clínicas han contratado un conductor si es que ya no contaban con uno. Se están contratando Coordinadores de atención y las clínicas están informando "contactos". Los afiliados obtienen acceso a la atención sin demora en dos de las tres clínicas. Las clínicas están poniendo en funcionamiento procesos de trabajo con el fin de abordar los distintos patrones. Para fines del 2015, el IHN-CCO agregará tres clínicas más al modelo. Estamos debatiendo acerca de los servicios que podrían ser trasladados a capitación y acerca de impulsar la utilización de incentivos de Pago por Rendimiento (PFP) además de la capitación.</p>	<p>Estamos teniendo dificultades para lograr la participación de los líderes, pero hemos aprendido que los líderes tienen que estar involucrados para una transición fluida y exitosa hacia un modelo basado en capitación. Se necesita que los datos estén disponibles de forma más oportuna.</p>
----	---	---	--

**3. b) Señale con un “sí” o “no” si se cumplieron los estándares de comparación en cada caso.**

Sí

**3. c) Describa las barreras que dificultan alcanzar sus logros importantes o estándares de comparación en esta área de transformación.**

Aún se necesita un mejor modelo de estratificación de riesgos para apoyar la sustentabilidad. Obtener el compromiso de las clínicas del proveedor de aceptar el pago Por Miembro Por Mes (PMPM) y confiar en la nueva metodología constituye un proceso demasiado largo en algunas clínicas. Necesitamos tener un mayor apoyo de liderazgo por parte de los proveedores.

**3 d.) Describa las estrategias que ha desarrollado para superar estas barreras. Identifique de qué manera ha trabajado con la OHA, incluso cuando lo haya hecho por medio de su Agente Innovador o la organización colaborativa de capacitación, para desarrollar estas estrategias alternativas.**

Hemos planteado la idea y estamos trabajando con el departamento de Sistemas de Información (IS) de Samaritan Health Services para analizar las herramientas de estratificación de riesgos como parte de nuestro Intercambio de Información de Salud (HIE). Utilizamos nuestros fondos de Asistencia Técnica de la OHA para que un profesional hable con nuestra comunidad sobre APM y recomiende modelos para nuestra comunidad. Estamos educando y difundiendo el mensaje tanto como sea posible.

**3. e) ¿Qué participación tuvo el Consejo Asesor Comunitario en las actividades de esta área de transformación?**

El Consejo Asesor Comunitario (CAC) recibe informes en forma continua sobre la metodología de pago implementada, y continuará recibiendo los resultados del desempeño que se controle.

**3. f) ¿Cómo se informó al CAC acerca de los resultados de las actividades en esta área de transformación?**

El CAC recibe información de la IHN-CCO sobre todos los proyectos de transformación y las metas alcanzadas. El subcomité de APM brinda información para estos informes sobre los resultados de los pagos alternativos para comunicarlos al CAC.

#### **Área de transformación 4: Plan de evaluación de salud de la comunidad y mejora de salud de la comunidad**

Estándar de comparación 4	Colaboración con las autoridades locales de salud pública y de salud mental, una organización profesional y culturalmente diversa basada en la comunidad, sistemas hospitalarios, el contratista, el Consejo Asesor Comunitario (CAC) y
---------------------------	---

	entidades asociadas y partes interesadas de la Comunidad con el fin de preparar estrategias para elaborar un plan compartido de evaluación y mejora de salud que sirva como plan estratégico de servicios para la salud de la población y el sistema de atención médica de las comunidades que reciben servicios del contratista
Cómo se medirá el estándar de comparación (punto de referencia a partir del 1 de julio de 2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar la información reunida de participantes de la comunidad para determinar los problemas estratégicos que deban abordarse a fin de hacer realidad la visión del contratista.</li> <li>• Especificar metas, objetivos, estrategias, presupuesto y liderazgo para los problemas estratégicos identificados.</li> <li>• Describir el alcance de las actividades, los servicios y las responsabilidades que considere el contratista luego de la implementación del plan compartido de evaluación y mejora de salud.</li> </ul>
Logro importante que se debe alcanzar a partir del 1 de julio de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contratista finaliza el Plan de Evaluación de Salud de la Comunidad (CHIP).</li> </ul>
Estándar de comparación que se debe alcanzar al 1 de julio de 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contratista mide la mejora de salud en comparación con el punto de referencia e informa a la comunidad los resultados de sus esfuerzos por mejorar la salud.</li> </ul>

**4. a) Describa las medidas tomadas en el pasado o las actuales para alcanzar los logros importantes o los estándares de comparación en esta área de transformación. Para cada actividad, describa el resultado y todas las mejoras asociadas del proceso.**

	Medida tomada en el pasado o actual para alcanzar los logros importantes o estándares de comparación	Resultados a la fecha	Mejoras de procesos
1.	Un proyecto de recolección de datos para informar acerca del periodo de informe del Plan de mejora de la salud de la comunidad desde el 1ro de julio de 2014 al 30 de junio de 2015.	Se completó la recolección de datos y se envió un informe de progreso CHIP a la OHA a fines de junio de 2015.	El proceso utilizado por el Consejo Asesor Comunitario (CAC) y el coordinador de la CAC para alcanzar este producto elaboró un informe sumamente valioso destacando los resultados de los esfuerzos de mejora de la salud durante el primer año.

**4. b) Señale con un “sí” o “no” si se cumplieron los estándares de comparación en cada caso.**

Sí

**4. c) Describa las barreras que dificultan alcanzar sus logros importantes o estándares de comparación en esta área de transformación.**

La Oficina para la Equidad e Inclusión de Oregon (OEI) no se puso a disposición de la recolección de datos de punto de referencia sobre desigualdades en materia de salud. LA OEI ofreció capacitaciones sobre desigualdades en materia de salud en relación con raza y origen étnico. El CAC está considerando si esta capacitación es una prioridad en este momento. Si la OEI puede asistir a la IHN-CCO con el desarrollo de datos significativos de punto de referencia sobre desigualdades en materia de salud, el recientemente formado Subcomité sobre Desigualdades en materia de Salud de la IHN-CCO estará muy interesado en dicha colaboración.

**4 d.) Describa las estrategias que ha desarrollado para superar estas barreras. Identifique de qué manera ha trabajado con la OHA, incluso cuando lo haya hecho por medio de su Agente Innovador o la organización colaborativa de capacitación, para desarrollar estas estrategias alternativas.**

**Subcomité sobre Desigualdades en materia de Salud:** El Subcomité sobre Raza y Origen Étnico de la INH-COO ha estado trabajando en un proyecto para la mejora en la calidad del acceso al idioma y una lista de proveedores de salud bilingües. En la actualidad, el comité se está reestructurando y ha cambiado su nombre a Subcomité de Desigualdades en materia de Salud. Además, el subcomité abrirá sus puertas a más miembros y ampliará su enfoque. Se ha solicitado la participación de la Alianza de Equidad en la Salud de Linn-Benton y la de representantes



comunitarios adicionales en este subcomité.

**Asociaciones para el Proyecto de Evaluación de Salud Regional (RHA):** Con el fin de fortalecer las asociaciones comunitarias, la IHN-CCO fundó un proyecto de Evaluación de Salud Regional para apoyar un esfuerzo coordinado para la recolección de datos de salud de la población. La RHA está gestionando un modelo de evaluación de salud regional que satisfaga las necesidades fundamentales de los interesados, con la capacidad de recolectar datos por condado, afiliación OHP, edad, subpoblaciones en riesgo de desigualdad en materia de salud, etc. Esto garantizará la sustentabilidad del proceso a través de la actualización continua de datos y la participación de los asociados. Los asociados incluyen IHN-COO, Servicios de Salud del Condado (incluyendo salud mental local) y Centros de Salud Aprobados por el Estado (FQHC) con proveedores escolares de la salud, organizaciones de atención odontológica, United Way, Alianza para la Equidad en la Salud de Linn-Benton, hospitales, el Early Learning Hub, el Estado y otras organizaciones incluyendo aquellas con base en la comunidad.

#### **4. e) ¿Qué participación tuvo el Consejo Asesor Comunitario en las actividades de esta área de transformación?**

El Consejo Asesor Comunitario (CAC) recopila información y necesidades de la comunidad celebrando y organizando reuniones y proporcionando y organizando capacitaciones y presentaciones con el fin de crear un plan estratégico anual (CHIP). El CAC celebra reuniones abiertas públicas para todas las reuniones del CAC y del Comité Asesor Local; el CAC organiza debates comunitarios y proporciona un formulario de síntesis de problemas para que los individuos planteen problemas y cuestiones. El CAC organizó la capacitación *Funciones, Responsabilidades y Planeamiento Estratégico y Liderazgo e Influencia* y la presentó ante la junta directiva de la IHN-CCO, Centros de Atención Primaria Centrada en el Paciente y Comités de Asesoría Local.

La IHN-CCO consulta al CHIP, especialmente las Áreas de Impacto de la Salud (HIA), como un foco de trabajo transformacional ya que las propuestas del proyecto piloto no sólo deben apoyar uno de los ocho elementos del plan de transformación de la IHN-CCO, sino que además deben apoyar uno de los cuatro HIA del CHIP creado por el CAC.

#### **4. f) ¿Cómo se informó al CAC acerca de los resultados de las actividades en esta área de transformación?**

IHN-CCO organiza tres reuniones públicas anuales en asociación con la Alianza para la Equidad en Salud de Linn-Benton con el fin de obtener ideas sobre cómo hacer estas reuniones más accesibles con una mayor presencia de afiliados a la IHN-CCO. Algunos de los cambios sugeridos ya han sido implementados y otros serán probados con el tiempo. Las reuniones suelen tener una gran concurrencia y se llevan a cabo enérgicos debates entre la comunidad y los líderes de la IHN-CCO.

La IHN-CCO creó una matriz para destacar las HIA que cada proyecto piloto tiene el potencial de mejorar. El Comité Directivo de Transformación del Sistema de Prestación de la IHN-CCO utilizará la matriz para identificar brechas y evaluar cómo cada propuesta de proyecto piloto apoya los esfuerzos generales de transformación.

El presidente del CAC es un integrante de la junta directiva de la IHN-CCO. El presidente del CAC y el coordinador del CAC asisten y participan en diferentes reuniones de la IHN-CCO, tales como el Consejo de Planificación Regional, el Comité Directivo de Transformación del Sistema de Prestación y muchos más. El coordinador del CAC también asiste a reuniones estatales tales como el Comité para la Equidad en Salud de la OHA, el Aprendizaje Colaborativo de OHA CAC y el Comité Directivo de OHA CAC. Todas estas reuniones ayudarán a informar al CAC acerca de los resultados y futuras actividades dentro de la transformación.

### Área de transformación 5: EHR, HIE y uso significativo

Estándar de comparación 5.1	El contratista acepta participar en el inminente proceso de la OHA para evaluar la próxima fase de desarrollo del Intercambio de Información de Salud (HIE) en todo el estado (incluida la evaluación del alcance, la financiación y la administración de los servicios de HIE en todo el estado). En particular, el contratista pondrá a disposición los recursos de personal ejecutivo y empleados para una entrevista con un asesor de la OHA, y participará en reuniones breves en grupo con partes interesadas si así lo solicita la OHA. Después de que haya concluido el proceso de la OHA y esté definida la próxima fase de servicios de HIE en todo el estado, el contratista actualizará este componente de HIE de su plan de transformación en el próximo ciclo de actualización.
Cómo se medirá el estándar de comparación (punto de referencia a partir del 1 de julio de 2015)	
Logro importante que se debe alcanzar a partir del 1 de julio de 2014	
Estándar de comparación que se debe alcanzar al 1 de julio de 2015	
Estándar de comparación 5.2	Desarrollo e implementación de una política, flujos de trabajo y una estructura de Registros de Salud Electrónicos para apoyar la creación de un Plan de Atención Médica al que puedan acceder por medios electrónicos todos los proveedores participantes involucrados en la atención de afiliados.
Cómo se medirá el estándar de comparación (punto de referencia a partir	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilización de la estructura elegida de Registros de Salud Electrónicos por parte de los proveedores participantes que atiendan a afiliados</li> </ul>

del 1 de julio de 2015)	
Logro importante que se debe alcanzar a partir del 1 de julio de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contratista elabora un mapa de ruta para implementar Tecnología de Información de Salud (HIT) en su área de servicio.</li> <li>• El contratista brinda acceso al personal de manejo de casos con el fin de evaluar y educar a los proveedores participantes.</li> <li>• El contratista realiza una prueba piloto de utilización de Epic Care Link entre el contratista y un panel selecto de proveedores participantes.</li> </ul>
Estándar de comparación que se debe alcanzar al 1 de julio de 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contratista establece un sistema compartido de Registros de Salud Electrónicos para proveedores participantes y asociados para acceder a su área de servicio, a fin de posibilitar un “plan de atención comunitario”.</li> </ul>

**5. a) Describa las medidas tomadas en el pasado o las actuales para alcanzar los logros importantes o los estándares de comparación en esta área de transformación. Para cada actividad, describa el resultado y todas las mejoras asociadas del proceso.**

	Medida tomada en el pasado o actual para alcanzar los logros importantes o estándares de comparación	Resultados a la fecha	Mejoras de procesos
1.	<p>La IHN-CCO implementó un Grupo de Trabajo de Tecnología de Información de Salud (HIT) para toda la comunidad.</p> <p>El grupo de trabajo se conoce ahora como el Comité Regional de Colaboración sobre Información de Salud (RHIC).</p>	El RHIC continúa reuniéndose cada dos semanas.	El RHIC fue capaz de mantener una sociedad de colaboración a través de reuniones semanales en las cuales los representantes de las organizaciones asociadas determinan las decisiones y directrices a seguir.
2.	<p>Enero de 2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Filtros de datos IHN-CCO establecidos para el suministro de datos EPIC de Samaritan Health Services (SHS).</li> <li>• Sistemas de suministro de datos EPIC de SHS promovidos a Prueba EPIC.</li> <li>• Desarrollo de un plan de capacitación.</li> <li>• Se ejecutó el Índice de Pacientes HealthShare (HSPI) para los resultados y pruebas iniciales.</li> </ul>	<p>Creación, verificación y promoción de la lógica de elegibilidad, lógica de eliminación de duplicados y filtros IHN-CCO.</p> <p>Se inició el ajuste HSPI y se realizó un ajuste más fino para los conjuntos de datos</p>	El RHIC ha adquirido datos sobre reclamos y datos de registros médicos electrónicos de múltiples organizaciones asociadas. Se han combinado los datos médicos, mentales y farmacéuticos según lo previsto. Tenemos ahora la oportunidad de presentar el visualizador clínico a un grupo piloto de proveedores de atención médica seleccionado, una

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Archivo de elegibilidad IHN-CCO importado con éxito.</li> </ul> <p>Febrero de 2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de proveedores de archivos Facet importados.</li> <li>• Ajuste HSPI.</li> <li>• Prueba inicial de la lógica de eliminación de duplicados.</li> <li>• Transmisiones en vivo de registros HL7v2 de datos EPIC de SHS establecidos.</li> </ul> <p>Marzo de 2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Archivos de muestra de prueba de la interfaz C-CDA de EPIC de SHS enviados y verificados.</li> <li>• Inicio de implementación de función <i>Single Sign-on</i> (Inicio de Sesión Único).</li> <li>• Edge Gateway establecido para la interfaz OCHIN.</li> <li>• Los Servicios de Salud del condado de Lincoln pasaron a una etapa futura.</li> </ul> <p>Abril de 2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lógica de eliminación de duplicados promovida a Prueba HS.</li> <li>• Personalización GUI para encuentros no clínicos.</li> </ul> <p>Mayo de 2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestras médicas importadas.</li> <li>• Inauguración en el condado de Benton.</li> </ul> <p>Junio de 2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planes de promoción de Facets, HSPI y EPIC finalizados.</li> <li>• Plan de capacitación iniciado.</li> </ul>	<p>de EPIC de SHS y Facets Se inició y probó el suministro de datos para la información de medicamentos y alergias del EPIC de SHS.</p> <p>Configuración VPN y transmisión de datos de los Servicios de Salud del condado de Benton.</p>	<p>vez que se haya configurado la capacitación, el acceso y el consentimiento.</p>
---	--	--

**5. b) Señale con un “sí” o “no” si se cumplieron los estándares de comparación en cada caso.**

Sí

**5. c) Describa las barreras que dificultan alcanzar sus logros importantes o estándares de comparación en esta área de transformación.**

Establecer modelos de consentimiento que sean aplicables a todas las fuentes de datos y asociados es motivo de debate constante. A medida que los datos son revisados e interpretados, se formulan preguntas adicionales con respecto a la sensibilidad y las protecciones generales exigidas por las normas y las reglamentaciones.

Muchos asociados han expresado preocupaciones con respecto a su disposición a participar. Los Servicios de Salud del condado de Lincoln recientemente intercambiaron los Registros Médicos Electrónicos (EHR) y sus registros de salud mental y no pudieron asignar el personal necesario al proyecto RHIC en ese momento. Los Servicios de Salud del condado de Linn tienen que llevar a la nueva versión sus EHR con el fin de poder utilizar las interfaces estándar, como HL7v2 para las transacciones en RHIC. La IHN-CCO ha iniciado conversaciones con otros proveedores de atención médica para comprender su disposición a participar en el RHIC.

**5 d.) Describa las estrategias que ha desarrollado para superar estas barreras. Identifique de qué manera ha trabajado con la OHA, incluso cuando lo haya hecho por medio de su Agente Innovador o la organización colaborativa de capacitación, para desarrollar estas estrategias alternativas.**

En marzo, la IHN-CCO envió un representante a la cumbre global de InterSystem. Se generó educación y experiencia mediante la participación en sesiones de aprendizaje interactivas sobre el producto HealthShare y el trabajo con expertos en el producto HealthShare. A su vez, pudimos participar en el grupo de usuarios HealthShare y pudimos analizar los desafíos y recibir excelentes recomendaciones. La IHN-CCO también participó junto con el Consejo de Supervisión de Información Médica de la OHA (HITOC) en un panorama general del Plan compartido de interoperabilidad a nivel nacional y el recientemente creado Panel Comunitario y Organizativo (HCOP) de HIT/HIE para participar en debates estatales acerca de las operaciones del HIE.

**5. e) ¿Qué participación tuvo el Consejo Asesor Comunitario en las actividades de esta área de transformación?**

El presidente del Consejo Asesor Comunitario (CAC) continúa asistiendo a las reuniones del grupo de trabajo de privacidad del RHIC. Presentamos un estado RHIC y un panorama general ante el Consejo de Planificación Regional de la IHN-CCO en abril de 2015 y presentamos un estado y visión del RHIC al CAC de la IHN-CCO en mayo de 2015.

**5. f) ¿Cómo se informó al CAC acerca de los resultados de las actividades en esta área de transformación?**

Se presentó un panorama general y un estado del Comité Regional de Colaboración sobre Información de Salud a los miembros del CAC de la INH-COO en mayo de 2015.

**Área de transformación 6: Comunicaciones, extensión y participación de afiliados**

Estándar de comparación 6	<p><b>Proyecto piloto de campaña para la educación sobre bienestar mental</b>  Aumentar el conocimiento que tienen los Proveedores de Atención Primaria (PCP), las organizaciones de la comunidad y de carácter religioso, las escuelas que dependen del condado de Linn y la organización del contratista en conjunto, acerca de las maneras en que todas las partes pueden actuar para mejorar el bienestar de las personas con problemas de salud mental.</p>
Cómo se medirá el estándar de comparación (punto de referencia a partir del 1 de julio de 2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos focales compuestos por organizaciones de la comunidad y de carácter religioso, educadores, personal del contratista y proveedores de atención primaria.</li> <li>• Encuestas a afiliados, partes interesadas y residentes del condado.</li> </ul>
Logro importante que se debe alcanzar a partir del 1 de julio de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contratista ofrece un centro de aprendizaje y recursos en línea en varios idiomas.</li> <li>• El contratista ofrece una campaña educativa para la comunidad por vías apropiadas desde el punto de vista cultural y lingüístico.</li> <li>• El contratista se propone realizar una campaña educativa para organizaciones de la comunidad y de carácter religioso, y escuelas locales.</li> </ul>
Estándar de comparación que se debe alcanzar al 1 de julio de 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contratista asegura que el 100 % de su personal y los PCP están informados de la existencia del centro de aprendizaje y recursos en línea y conocen su propósito.</li> <li>• El contratista, mediante una herramienta de medición, garantiza que los participantes de los grupos focales muestren estar informados de la campaña educativa para la comunidad y conozcan su propósito.</li> <li>• El contratista asegura que el 35 % de las personas encuestadas indican estar informadas de la campaña educativa para la comunidad y conocen su</li> </ul>

propósito.

6. a) Describa las medidas tomadas en el pasado o las actuales para alcanzar los logros importantes o los estándares de comparación en esta área de transformación. Para cada actividad, describa el resultado y todas las mejoras asociadas del proceso.

Medida tomada en el pasado o actual para alcanzar los logros importantes o estándares de comparación	Resultados a la fecha	Mejoras de procesos
<p>1. Creación de un centro de aprendizaje y recursos en línea.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se desarrolló una plataforma de capacitación en línea con el fin de proporcionar acceso permanente a las herramientas de estudio, capacitación y práctica de salud mental para los Proveedores de Atención Primaria (PCP).</li> <li>• Capacitación en línea desarrollada—<i>Understanding Mental Illness</i> (Comprensión de la Enfermedad Mental)— en asociación con el Departamento de Salud del condado de Linn.</li> <li>• Capacitación en línea disponible para los PCP.</li> <li>• Se requiere que los PCP completen la capacitación como parte de sus obligaciones contractuales con la IHN-CCO.</li> </ul>	<p>El 100 % del personal de la IHN-CCO y los PCP están al tanto de este recurso en línea. Más de 300 PCP en los condados de Benton, Lincoln y Linn han participado en la capacitación desarrollada sobre concientización acerca la salud mental.</p> <p>La finalización de la capacitación de los PCP fue documentada mediante la presentación de informes para el sistema de capacitación en línea. Al personal de la IHN-CCO se le ofreció una capacitación presencial durante las reuniones de personal.</p>	<p>PCP informados de la capacitación a través de las notificaciones del curso enviadas por correo electrónico. Se enviaron recordatorios por correo electrónico hasta que se completó la capacitación.</p>
<p>2. Campaña educativa: <i>Today I Am</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se llevaron a cabo encuestas en la comunidad, incluyendo</li> </ul>	<p>Presentación de la versión en inglés para el condado de Linn el 1ro de mayo de 2014,</p>	<p>Maximus Center for Health Literacy llevó a cabo la revisión de todo el material impreso y en línea de educación sobre la salud. Se incorporaron las</p>

	<p>actitudes acerca de enfermedades mentales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se llevaron a cabo sesiones de grupos focales incluyendo actitudes acerca de enfermedades mentales.</li> <li>• En respuesta a los datos anteriores, se desarrolló una campaña mediática (<i>Today I Am</i>) enfocada en las Ocho Dimensiones de Bienestar, incluyendo el bienestar mental.</li> <li>• La campaña mediática incluyó sitio web, carteleras, afiches, panfletos, material de exhibición en eventos comunitarios y dentro de organizaciones comunitarias, avisos publicitarios en diarios y centros comerciales, pancartas, publicidad en línea, artículos en revistas locales, entrevistas en diarios locales/regionales, presentaciones en seminarios.</li> <li>• Tras la campaña, una empresa de investigación realizó una encuesta a afiliados, partes interesadas y residentes del lugar (307 residentes del condado de Linn).</li> </ul>	<p>completada en julio de 2014.</p> <p>La encuesta posterior a la campaña <i>Today I Am</i> que concluyó en agosto de 2014 muestra un 51 % de familiaridad con la IHN-CCO y un 65 % de familiaridad con la Campaña de Bienestar (se supera el objetivo del 35 %).</p>	<p>modificaciones recomendadas (utilizar más espacio en blanco en el diseño, frases más simples, oraciones y párrafos más cortos, mayor cantidad de imágenes) antes de traducir los materiales al español, garantizando que se mantuvieran los estándares de educación sobre la salud.</p>
--	---	---	--



	<p>Grupos focales latinos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finalizado en noviembre de 2014.</li> <li>• Se utilizó investigación sobre la población de habla hispana con el fin de adaptar la campaña en inglés para que sea culturalmente correcta.</li> <li>• Se desarrollaron planes de marketing, relaciones públicas y medios para la campaña en español en los condados de Benton, Lincoln y Linn.</li> </ul>	<p>Se lanzó la campaña educativa para la comunidad latina regional (condados de Benton, Lincoln y Linn) en junio de 2015.</p>	<p>Se presentaron materiales de campaña adaptados a dos grupos focales latinos y se utilizó la información de respuesta para pulir el mensaje. La respuesta fue muy positiva y útil para terminar la imagen y el tono de la campaña.</p> <p>Se desarrolló la imagen, el mensaje y el cronograma de eventos públicos de la campaña en asociación con los interesados de la comunidad latina y el equipo de proyecto.</p>
<p><b>3.</b></p>	<p>Campaña educativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En asociación con coaliciones locales y organizaciones juveniles con el fin de desarrollar mensajes de prevención y reducción del estigma, en coordinación con la celebración del Mes de Concientización sobre Salud Mental 2014 y 2015, Mes de Recuperación 2014 y la Semana de la Concientización sobre Salud Mental 2014.</li> <li>• Planificación colaborativa con la junta de asesamiento en salud mental.</li> <li>• Se realizó una capacitación sobre la prevención del suicidio en los jóvenes a nivel comunitario, <i>Taming the Epidemic of Youthanasia</i>, con el Dr. Dennis Embroy el 14 de mayo de 2014</li> </ul>	<p>Los materiales educativos que apuntaban a reducir el estigma acerca de la salud mental se pusieron a disposición de más de 4.000 estudiantes de escuela media y escuela secundaria. Desde 2013, se han llevado a cabo 12 eventos del condado y 4 eventos escolares para promover la concientización sobre la salud mental. Estos eventos han creado asociaciones entre la comunidad, las organizaciones de salud y religiosas, y las escuelas locales con el fin de apoyar una continua concientización pública mediante la participación en múltiples eventos anuales</p>	<p>Una alianza de educadores de la salud locales de organizaciones privadas públicas y sin fines de lucro apoyaron los esfuerzos de los programas juveniles, refugios y organizaciones estudiantiles del condado de Linn. La alianza revisó datos locales, priorizó áreas meta para mejorar, y evaluó recursos y oportunidades para que las asociaciones maximicen el impacto. Luego, la coalición asignó los fondos del proyecto piloto para brindar programas de prevención a través de capacitación LifeSkills, un programa de prevención universal, en 4to y 6to grado de siete distritos escolares; y a través de Girls Circle/Boys Council, un programa para estudiantes en riesgo de escuela media y secundaria en múltiples distritos.</p>

	<p>(233 asistentes).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se proporcionó capacitación comunitaria sobre primeros auxilios para la salud mental de jóvenes y adultos, y se facilitaron fondos sustentables.</li> <li>• El consejo juvenil STAND (<i>Students Taking Action Not Drinking</i>, Estudiantes que Toman Medidas contra el Alcohol) desarrolló una campaña escolar de concientización sobre la salud mental en siete distritos escolares locales. Las actividades incluyeron la entrega de carteles realizados por los estudiantes (en inglés y español), videos y otros incentivos promocionales (pancartas, cartas de actividades, etc.) concientizando acerca de las ocho dimensiones de bienestar.</li> <li>• Declaraciones de la ciudad.</li> <li>• Se proporcionó capacitación comunitaria sobre primeros auxilios para la salud mental de jóvenes y adultos.</li> <li>• Se llevó a cabo la distribución comunitaria y empresarial de anuncios para mesa y carteles ilustrando mitos y verdades acerca de las enfermedades mentales, y los recursos locales.</li> </ul>	<p>tales como el Mes de la Concientización sobre la Salud Mental (mayo) y la Semana de la Concientización sobre la Enfermedad Mental (octubre). 100 % de los entrevistados para la capacitación de Embry calificaron la calidad de la información presentada como excelente o buena.</p>	
4.	Alianza de educadores de la salud	<i>Life Skills Training</i> : 91 % de los	Ahora, la alianza forma parte del Comité Directivo

<p>locales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación con el Comité Directivo Regional de Comunidades Saludables para la subvención de Promoción y Prevención de la Salud Mental (MHPP), con el Comité Directivo del Condado de Linn.</li> <li>• Se identificaron los asociados claves quienes participaron en una reunión de orientación el 23 de junio de 2014.</li> <li>• Se reunieron y revisaron datos locales, evaluaron brechas y necesidades, determinaron el foco en las estrategias de prevención con los grados K-14. Se solicitaron propuestas y se otorgaron fondos para: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Programa de prevención universal <i>Botvin's LifeSkills Training</i> en 4to y 6to grados adicionales en todo el condado (Linn Co. A&amp;D), con un total de 1,823 estudiantes en el primer año y 1,487 en el segundo año.</li> <li>○ Programa de prevención <i>Girls Circle/Boys Council</i> para jóvenes en riesgo identificados en escuelas medias y secundarias rurales (Jackson Street</li> </ul> </li> </ul>	<p>alumnos de 4to grado y 81 % de los alumnos de 6to en 2013-14, y 91 % de los alumnos de 4to grado y 84 % de los alumnos de 6to en 2014-15: aumento informado en las habilidades para toma de decisiones.</p> <p><i>Girls Circle/Boys Council:</i> Girls Circle suministrado a 52 niñas y Boys Council suministrado a 84 varones en el condado de Linn. Se identificaron 12 jóvenes con pensamientos suicidas y fueron derivados para obtener servicios.</p>	<p>Regional de Comunidades Saludables, el cual supervisa los proyectos de subvención para la IHN-CCO. STAND, el consejo juvenil de Linn, desarrolló material educativo adicional el cual tiene por objetivo reducir el estigma y promocionar las Ocho Dimensiones del Bienestar, y fue distribuido en escuelas medias y secundarias de siete distritos escolares.</p>
---	---	---

	Youth Shelter), con un total de 136 alumnos en el segundo año.		
--	--	--	--

**6. b) Señale con un “sí” o “no” si se cumplieron los estándares de comparación en cada caso.**

Sí.

**6. c) Describa las barreras que dificultan alcanzar sus logros importantes o estándares de comparación en esta área de transformación.**

Fue un desafío encontrar recursos de traducción al español que proporcionen un nivel de educación y dialecto apropiados. Fue un desafío determinar la mejor forma de desarrollar una campaña educativa culturalmente correcta para hispanohablantes en el área de servicio, lo cual representa múltiples dialectos diferentes ampliamente dispersos a lo largo de grandes áreas rurales. Los grupos focales latinos ayudaron a determinar el mensaje y los medios más relevantes para la campaña. Parecería haber una disponibilidad muy limitada de capacitaciones prácticas en línea, ya sean a la venta o en sitios web gratuitos, que se centren en reducir el estigma de las enfermedades mentales o que reciban a los pacientes con enfermedades mentales dentro de su práctica médica.

**6 d.) Describa las estrategias que ha desarrollado para superar estas barreras. Identifique de qué manera ha trabajado con la OHA, incluso cuando lo haya hecho por medio de su Agente Innovador o la organización colaborativa de capacitación, para desarrollar estas estrategias alternativas.**

El equipo del proyecto ha trabajado a través del agente de innovación de la IHN-CCO para conectarse con la Oficina de Equidad e Inclusión de Oregon con el fin de lograr una mayor comprensión sobre las mejores prácticas, normas y recursos para abordar las barreras culturales y lingüísticas. El equipo del proyecto colaboró con el Comité Asesor Hispano del condado de Linn y la Coalición Regional para la Equidad en Salud de los condados Linn-Benton para abordar las barreras culturales y lingüísticas.

**6. e) ¿Qué participación tuvo el Consejo Asesor Comunitario en las actividades de esta área de transformación?**

Los miembros del Consejo Asesor Comunitario (CAC) participaron de los grupos focales que ayudaron a crear los mensajes y las estrategias para la campaña educativa. Se presentaron actualizaciones trimestrales al Comité Directivo de Transformación del Sistema de Prestación de la IHN-CCO y el Comité Directivo Regional de Comunidades Saludables, a los cuales asistieron el presidente y el coordinador del CAC.

## 6. f) ¿Cómo se informó al CAC acerca de los resultados de las actividades en esta área de transformación?

Se presentaron borradores y actualizaciones de los elementos de la campaña educativa y los recursos de aprendizaje en línea para que se estudiaran y comentaran en las reuniones públicas del CAC.

### Área de transformación 7: Cómo satisfacer las necesidades culturalmente diversas de los afiliados

Estándar de comparación 7	El personal del contratista y los proveedores participantes reciben capacitaciones anuales que se centran en los siguientes temas, entre otros: equidad sanitaria, educación sobre la salud, competencia cultural, comunicación intercultural, cómo desempeñarse con trabajadores de atención médica no tradicionales en equipos clínicos, diversidad y cómo desarrollar una fuerza laboral diversa.
Cómo se medirá el estándar de comparación (punto de referencia a partir del 1 de julio de 2015)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se desarrolla el proceso de capacitación.</li><li>• Los nuevos empleados reciben capacitaciones antes de transcurridos los seis meses de su contratación.</li><li>• Todos los empleados reciben capacitaciones anuales.</li></ul>
Logro importante que se debe alcanzar a partir del 1 de julio de 2014	<ul style="list-style-type: none"><li>• El contratista desarrolla un proceso para brindar y documentar la capacitación.</li><li>• El contratista garantiza que el personal identificado y los proveedores participantes hayan recibido capacitación centrada en los temas identificados en este estándar de comparación.</li></ul>
Estándar de comparación que se debe alcanzar al 1 de julio de 2015	<ul style="list-style-type: none"><li>• El contratista garantiza que el 100 % de los empleados del contratista y los proveedores participantes hayan completado las capacitaciones anuales que ayudan a asegurar que se satisfagan las necesidades culturalmente diversas de los afiliados.</li></ul>

**7. a) Describa las medidas tomadas en el pasado o las actuales para alcanzar los logros importantes o los estándares de comparación en esta área de transformación. Para cada actividad, describa el resultado y todas las mejoras asociadas del proceso.**

Medida tomada en el pasado o actual para alcanzar los logros importantes o estándares de comparación		Resultados a la fecha	Mejoras de procesos
1.	Se desarrolló el proceso de capacitación y los proveedores han recibido capacitación una vez al año. Los nuevos proveedores fueron agregados a medida que fueron contratados y recibieron capacitación para ese año y todos los años posteriores.	Completado para 2014	2015 - Incremento en la base de datos para alcanzar a los proveedores en salud conductual, gerentes de clínicas y su personal. <i>(Completado)</i>
2.	Se crearon informes en el Sistema de Gestión de Aprendizaje Cornerstone que permite a la IHN-CCO realizar un seguimiento del progreso de los usuarios y la finalización de todas las capacitaciones.	Completado para 2014	

**7. b) Señale con un “sí” o “no” si se cumplieron los estándares de comparación en cada caso.**

La IHN-CCO trabaja para garantizar que el 100 % de los proveedores participantes y empleados tengan la oportunidad de completar las capacitaciones.

**7. c) Describa las barreras que dificultan alcanzar sus logros importantes o estándares de comparación en esta área de transformación.**

Que el 100 % de los proveedores participantes completen la capacitación anual. En 2014, la IHN-CCO presentó el nuevo portal de capacitación, el Sistema de Gestión de Aprendizaje (*Learning Management System, LMS*) Cornerstone, pero los proveedores no estaban familiarizados con el nuevo sistema. Durante la segunda capacitación anual, los proveedores comprendieron el proceso de aprendizaje y por qué necesitaban completar las capacitaciones.

**7 d.) Describa las estrategias que ha desarrollado para superar estas barreras. Identifique de qué manera ha trabajado con la OHA, incluso cuando lo haya hecho por medio de su Agente Innovador o la organización colaborativa de capacitación, para desarrollar estas estrategias alternativas.**

Verano de 2015: El personal de participación de los proveedores de la IHN-CCO trabajará con los gerentes de las clínicas sobre el LMS Cornerstone. Esto permitirá a los gerentes de las clínicas obtener el conocimiento y la habilidad de ayudar a los proveedores de sus clínicas en la

navegación del sistema de capacitación. La capacitación anual 2015 comenzará en octubre, lo que les dará a los proveedores tres meses para completarla.

**7. e) ¿Qué participación tuvo el Consejo Asesor Comunitario en las actividades de esta área de transformación?**

Se presentó una demostración del Sistema de Gestión de Aprendizaje Cornerstone al Comité Directivo de Transformación del Sistema de Prestación (DST); tanto el presidente como el coordinador del Consejo Asesor Comunitario (CAC) asistieron al DST.

**7. f) ¿Cómo se informó al CAC acerca de los resultados de las actividades en esta área de transformación?**

El presidente del CAC y el coordinador del CAC reciben actualizaciones durante la reunión del DST a la que ambos asisten.

**Área de transformación 8: Eliminar las desigualdades raciales, étnicas y lingüísticas**

Estándar de comparación 8	El contratista documentará los datos de identidad étnica de sus afiliados e identificará si hay alguna desigualdad de acceso debido a la identidad étnica.
Cómo se medirá el estándar de comparación (punto de referencia a partir del 1 de julio de 2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Punto de referencia; sin datos hasta la fecha.</li> <li>• El contratista investiga y documenta la identidad étnica de sus afiliados.</li> </ul>
Logro importante que se debe alcanzar a partir del 1 de julio de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contratista reúne datos de identidad étnica de sus afiliados a partir de datos estatales o mediante la comunicación con sus afiliados.</li> </ul>
Estándar de comparación que se debe alcanzar al 1 de julio de 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contratista identifica todas las desigualdades de acceso debidas a la identidad étnica.</li> </ul>

**8. a) Describa las medidas tomadas en el pasado o las actuales para alcanzar los logros importantes o los estándares de comparación en esta área de transformación. Para cada actividad, describa el resultado y todas las mejoras asociadas del proceso.**

Medida tomada en el pasado o actual para alcanzar los logros importantes o estándares de comparación		Resultados a la fecha	Mejoras de procesos
1.	Mejorar el sitio web de la IHN-CCO para incluir un inventario de idiomas de los proveedores.	Esta información se encuentra disponible dentro de los dos	Ahora, el sitio web se actualiza de forma regular.

		directorios de proveedores ubicados en nuestro sitio web.	Además de inglés y español, se han agregado idiomas a la columna “Otros Idiomas”.
2.	Se ha desarrollado una herramienta de evaluación clínica: <i>Herramienta de evaluación del Acceso de Población Latina/Hispana</i>	Entregada a la clínica piloto.	
3.	Se han desarrollado recomendaciones para gerentes de clínicas con relación al acceso para la población latina/hispana en la clínica  Recomendaciones del subcomité: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Mensajes telefónicos/Cola de espera de llamada</u>: Árbol telefónico disponible en español incluido el horario no laboral.</li> <li>2. <u>Horario de operación en español</u>: Idioma español para los días en que esté abierto y horarios de operación en las puertas de entrada.</li> <li>3. <u>Materiales del afiliado en español</u>: Hacer que los materiales en español sean de más fácil acceso (admisión/alta) en la oficina.</li> <li>4. <u>Educación del nuevo paciente</u>: Incluir horario no laboral y horario de operación en la orientación para el nuevo paciente (si no se ha proporcionado aún).</li> <li>5. <u>Educación del nuevo paciente</u>: Agregar definiciones de servicios urgentes/de emergencia, cuidado de rutina y servicios preventivos en los materiales de nuevo paciente (si no se ha incluido aún).</li> <li>6. <u>Pedidos de derivación</u>: Indicar en los formularios de derivación cuando los pacientes no hablen inglés, por ejemplo: sólo habla</li> </ol>	Recomendaciones finales del subcomité al gerente de la clínica piloto.	



	español. 7. <u>Encuesta de satisfacción</u> : Conocer más acerca de la encuesta de satisfacción del paciente de la clínica y los resultados para determinar las áreas a mejorar.		
--	---	--	--

**8. b) Señale con un “sí” o “no” si se cumplieron los estándares de comparación en cada caso.**

Sí

**8. c) Describa las barreras que dificultan alcanzar sus logros importantes o estándares de comparación en esta área de transformación.**

Recolección de datos, cronograma de los miembros del subcomité y rotación de los miembros del subcomité

**8. d) Describa las estrategias que ha desarrollado para superar estas barreras. Identifique de qué manera ha trabajado con la OHA, incluso cuando lo haya hecho por medio de su Agente Innovador o la organización colaborativa de capacitación, para desarrollar estas estrategias alternativas.**

Incluso con las barreras, el subcomité pudo desglosar los datos de una clínica en particular, origen étnico en particular, y realizar recomendaciones a la clínica para mejorar el acceso.

**8. e) ¿Qué participación tuvo el Consejo Asesor Comunitario en las actividades de esta área de transformación?**

El coordinador del Consejo Asesor Comunitario (CAC) fue miembro del subcomité que trabaja en esta área.

**8. f) ¿Cómo se informó al CAC acerca de los resultados de las actividades en esta área de transformación?**

El presidente del CAC y el coordinador del CAC reciben actualizaciones durante la reunión del Comité Directivo de Transformación del Sistema de Prestación, a la que ambos asisten.